

*José Manuel López Saludas**

ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

El objetivo de este trabajo es, en primer lugar, analizar los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) al objeto de conocer el grado de eficacia del Servicio Nacional de Salud (SNS) y, asimismo, calcular el coste sanitario público per cápita estimativo, teniendo en consideración el doble aseguramiento y los pagos directos por actos médicos de los usuarios del SNS. En segundo lugar, compararemos el coste sanitario per cápita del sector público con respecto al sector privado (modelo Muface) al objeto de conocer el grado de eficiencia (o ineficiencia) del primero.

Palabras clave: eficacia, eficiencia, doble aseguramiento, pagos directos, Muface.

Clasificación JEL: H41, H51, I18.

1. Introducción

El incremento del gasto sanitario público durante el período 2002-2009 fue exponencial (8,97 por 100 de TAM)¹, cuya cifra es muy superior al incremento que experimentó el IPC (2,66 por 100 de TAM) y la población protegida por el SNS (1,77 por 100 de TAM), lo cual explica los grandes problemas económicos-financieros actuales del SNS.

No obstante, desde el 2008 hasta la actualidad (septiembre 2013), la situación económico-financiera se ha agravado como consecuencia de que la

crisis económica (períodos simultáneos de estancamiento y recesión económica) ha generado un elevado déficit público cada año (8,51 y 6,98 por 100 del PIB en 2011 y 2012, respectivamente) que, ineludiblemente, debe corregirse² en los próximos años (reducirlo hasta el 4,4 por 100 en 2013 y 3,5 por 100 en 2014), lo cual requiere de políticas presupuestarias audaces, ortodoxas y contundentes. Es ineludible que todas las Administraciones Públicas incrementen el grado de eficiencia de todas sus actividades y, sobre todo, cualquier bien preferente se debería producir con el método de producción que sea más económico para el erario público.

El sistema sanitario público español tiene problemas similares al resto de los países de la OCDE, ya que los gastos sanitarios totales han aumentado considerablemente en los últimos años (relación ▷

* Profesor de Administración de Empresas del Ciclo Formativo Superior de Administración y Finanzas del Instituto Escola de Treball de Granollers. Profesor Asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra.

Versión de septiembre de 2013.

¹ La Tasa Anual Media (TAM) significa la tasa anual uniforme a la que hubiese tenido que crecer una cantidad inicial, entre diversos períodos analizados, para alcanzar el valor del último período.

$TAM = ((70.340.683 / 38.563.045)^{17} - 1) * 100 = 8,9659$ por 100.

² <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Prensa/En%20Portada/2011/Paginas/ElGobiernohaaprobadoelProgramadeEstabilidad2011-2014yelProgramaNacionaldeReformas2011.aspx>.

CUADRO 1
FUNCIONAMIENTO DEL SNS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
El SNS, en general, funciona bastante bien	19,4	19,2	20,1	19,2	21,2	23,9	24,2	22,9
El SNS funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	48,3	50,5	47,3	48,9	48,0	50,0	48,9	47,7
El SNS necesita cambios fundamentales	26,0	25,0	26,9	26,2	25,3	21,6	21,9	23,6
Nuestro SNS está tan mal que necesitamos rehacerlo	5,1	4,4	4,7	4,9	4,7	3,5	4,2	5,0
NS - NC	1,2	0,9	1,1	0,8	0,6	1,0	0,8	0,8

Fuente: *Barómetro Sanitario 2010, 2011 y 2012*

de dichos gastos con respecto al PIB), pero dicha tendencia alcista, si no se abordan reformas profundas, a medio o largo plazo será insostenible. No obstante, a partir del 2010, en casi todos los países de la OCDE, la proporción entre el gasto sanitario público y el PIB ha disminuido como consecuencia de las reducciones presupuestarias que han tenido que implementar dichos países. Según la OCDE, «la disminución y los recortes en sanidad pública, por habitante y año, y en porcentaje del PIB, ponen fin a incrementos generalizados que se habían sucedido desde hacía varias décadas». Por ejemplo, en Grecia, los gastos de la sanidad pública crecieron una media del 5,7 por 100 entre 2000 y 2009, pero en el 2010 ha disminuido un 6,7 por 100 con respecto al 2009. La disminución media de los países de la OCDE fue el 0,5 por 100 durante 2010, pero, en España, dicha disminución fue aún mayor³ (1,94 y 2,09 por 100 en 2010 y 2011, respectivamente).

2. La eficacia del SNS

Los indicadores de salud más utilizados son las tasas de mortalidad⁴ (infantil y adulta) y la esperanza de vida⁵. La tasa de mortalidad es (y probablemente seguirá siendo) el indicador más utiliza-

do porque permite realizar comparaciones entre diversos países y, además, dichos datos se obtienen sin ningún tipo de dificultad técnica.

Respecto a la medición de la eficacia, el indicador «grado o índice de satisfacción del cliente» es el que más se utiliza para medir la calidad de los diversos servicios públicos (por ejemplo, servicios sanitarios y educativos). Dicho indicador mide la percepción que tienen los usuarios o clientes⁶ de un determinado servicio público. La calidad del servicio percibido por el cliente será más alta cuanto mayor sea la diferencia entre la percepción del servicio recibido en comparación con las expectativas que tenía antes de recibirlo. Así, si las expectativas del cliente son muy altas y el servicio recibido no las supera, percibirá que el servicio no tiene la calidad que aquél esperaba. Dicho en otras palabras: la calidad del servicio que percibe el cliente es la relación existente entre el servicio recibido (percibido) y el servicio esperado (expectativas).

Cualquier Administración Pública que preste un servicio público (especialmente, los bienes preferentes), deberá tener como objetivo estratégico que los clientes reciban (perciban) un servicio mejor que el que esperaban recibir. En definitiva, no sólo el servicio debe ser de calidad sino que, además, tiene que aparentar dicha calidad. Para lograr ese objetivo, las personas que prestan dicho ▷

³ El gasto público total devengado (según EGSP) fue 70.505.649, 69.136.882 y 67.689.412 miles de € en 2.009, 2010 y 2011, respectivamente, lo cual supuso una disminución de 1.368.767 y 1.447.470 miles de € en 2010 y 2011, respectivamente (un reducción porcentual de 1,94 y 2,09 por 100 en 2010 y 2011, respectivamente).

⁴ La tasa de mortalidad es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año). Usualmente es denominada mortalidad.

⁵ La esperanza de vida es la media de la cantidad de años que vive una determinada población en un cierto periodo de tiempo. Se suele

dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, la educación, las guerras, etcétera, si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta. El Banco Mundial utiliza el término esperanza de vida al nacer, el cual indica el número de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante.

⁶ El término cliente de un servicio público se utiliza cada vez más en detrimento de usuario.

CUADRO 2
VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

	2010		2011		2012	
	Porcentaje que contesta	Valoración media	Porcentaje que contesta	Valoración media	Porcentaje que contesta	Valoración media
Atención primaria	97,4	7,06	97,9	7,33	98,4	7,30
Atención especializada	93,2	6,65	93,4	6,87	94,9	6,83
Urgencias en hospitales públicos	93,5	5,96	93,6	6,11	94,4	6,08
Ingreso y asistencia en hospitales públicos....	90,7	6,70	90,2	6,89	91,4	6,79

Fuente: *Barómetro Sanitario 2010, 2011 y 2012.*

CUADRO 3
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL SNS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Grado de satisfacción del Sistema Sanitario Público	6,1	6,23	6,27	6,29	6,35	6,57	6,59	6,57

Fuente: *Barómetro Sanitario 2010, 2011 y 2012.*

servicio son el principal elemento o ventaja competitiva.

Como se puede constatar, según el Barómetro Sanitario, en el año 2012, el 70,6 por 100 de los usuarios creen que el SNS funciona bien o bastante bien, cuyo porcentaje es inferior al año 2011 (73,1 por 100) y superior a los años anteriores (67,7 por 100 en el año 2005). Por el contrario, un 28,6 por 100 consideran que nuestro SNS necesita «cambios fundamentales» o «está tan mal que necesitamos rehacerlo» (Cuadro 1).

Los usuarios valoran notablemente los servicios sanitarios que presta el SNS, especialmente, en lo que se refiere a la atención primaria (7,06, 7,33 y 7,30 en 2010, 2011 y 2012, respectivamente), siendo los peor valorados las urgencias en los hospitales públicos (5,96, 6,11 y 6,08 en 2010, 2011 y 2012, respectivamente) (Cuadro 2).

Asimismo, según el Barómetro Sanitario de 2009, 2010, 2011 y 2012, el grado o nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema Sanitario Público en España fue: 6,35, 6,57, 6,59 y 6,57 puntos sobre 10, respectivamente. Por tanto, se puede concluir que los usuarios están satisfechos de los servicios sanitarios recibidos (no alcanza un notable), pero, ni muchos menos, están muy satisfechos. El grado de satisfacción, como hemos dicho anteriormente, es el indicador más utilizado, actualmente, para valorar la eficacia de los servicios

públicos y privados, en general, y los servicios sanitarios públicos, en particular. De acuerdo con este indicador, es evidente que existe un considerable margen de mejora, o sea, la eficacia de los servicios sanitarios públicos debería mejorarse y, en consecuencia, debería ser un objetivo de los responsables de la política sanitaria pública.

Uno de los factores que, a nuestro juicio, más influye en el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios públicos es las listas de espera. Los últimos indicadores publicados por el Ministerio de Sanidad (situación a 30 de junio de 2012), han empeorado paulatinamente con respecto a junio de 2010, tanto en la lista de espera quirúrgica como la de consultas externas, siendo el tiempo medio de espera, 76 y 53 días, respectivamente, en junio de 2012. El 9,40 por 100 de los usuarios en lista de espera quirúrgica deben esperar más de 6 meses y el 37,7 por 100 de los usuarios en lista de espera de consultas externas deben esperar más de 60 días.

3. La doble cobertura y los pagos directos por actos médicos de los usuarios del SNS

Si bien es cierto que la práctica totalidad de los ciudadanos que residen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria gratuita a través del SNS, ▷

CUADRO 4
EI SEGURO DE SALUD PRIVADO EN EL 2011

	Volumen de primas	Variación interanual (%)	Importe prestaciones pagadas	Variación interanual (%)	Número asegurados	Variación interanual (%)
Asistencia sanitaria, excepto AAPP	4.185.986.598	4,67	3.110.919.832	4,33	6.006.788	1,65
Asistencia sanitaria a AAPP (Muface, Isfas, Mugeju)	1.447.806.799	2,38	1.400.855.838	6,05	1.971.362	-0,77
Reembolso de gastos sanitarios	647.361.489	2,53	452.344.200	3,99	746.838	-1,72
Total prestación de servicios	6.281.154.886	3,91	4.964.119.870	4,78	8.724.988	0,80
Subsidios e indemnizaciones	262.952.304	-0,72	144.892.044	-1,64	1.652.350	-1,44
Total	6.544.107.190	3,71	5.109.011.914	4,58	10.377.338	0,43

Fuente: ICEA.

no obstante, un segmento considerable (casi el 20 por 100) tiene doble cobertura.

La doble cobertura consiste en que determinados usuarios del SNS, por las razones que sean, suscriben un contrato privado con empresas privadas médicas para que éstas les presten determinados servicios médicos (atención primaria, especializada, urgencias, intervenciones quirúrgicas, etcétera). Generalmente, dichos contratos o pólizas consisten en que el asegurado paga una prima mensual y, como contraprestación, aquél tiene libertad para elegir los profesionales sanitarios y hospitales que ofrece la empresa aseguradora. Aunque no conocemos ningún estudio que nos indique el perfil de las personas que suscriben estos contratos, lo razonable es que sean el colectivo de personas que reciben los servicios sanitarios a través del SNS, ya que no tienen derecho de opción. El derecho de opción consiste en que los usuarios de los servicios sanitarios eligen quién será el proveedor de dichos servicios: las empresas públicas o las empresas privadas. Como veremos posteriormente, este derecho sí lo tienen un colectivo de funcionarios (Muface, Isfas y Mugeju), los cuales, cada año, de acuerdo con sus experiencias previas, eligen si el proveedor que les prestará los servicios sanitarios, en el año próximo, será el sector público (los Servicios Regionales de Salud) o el sector privado (las empresas aseguradoras Adeslas, Asisa, Dkv o Sanitas). Por tanto, lo lógico es que las personas que suscriben estos contratos médicos privados sean las personas a las que obligatoriamente se las adscribe al SNS y que, por lo motivos que sean, no están satisfechos con los

servicios sanitarios públicos que reciben (recuérdese que el 28,6 por 100 no está satisfecho con el funcionamiento del SNS).

En relación a la información de ICEA⁷, en el año 2.011, 8.405.976 personas tuvieron doble cobertura⁸ y las primas que pagaron ascendieron a 5.096,30⁹ millones de euros por los diversos contratos de seguros médicos privados que suscribieron con las diversas empresas aseguradoras, lo cual supone que la prima media anual por persona asegurada fue de 606,27 euros¹⁰.

Lógicamente, estos 8,4 millones de personas «descargan» al SNS, es decir, si estas personas no se costearan un seguro médico privado, el SNS debería prestar los servicios que aquéllas reciben a través de sus seguros privados y, por tanto, el coste del SNS se incrementaría, como mínimo¹¹, en el valor de las primas que pagan a las empresas aseguradoras.

Como indican Abásolo, Pinilla y Negrin (2008), la doble cobertura significa un menor uso de todos los servicios sanitarios públicos, y, por tanto «este hecho sugiere que el seguro privado es de facto un sustituto de los servicios sanitarios públicos». Aunque en parecidos términos se expresan Rodríguez y Stoyonova (2004), no obstante, no conocemos ningún estudio que estime (cuantifique) el efecto económico del «no uso» del SNS, es decir, se trata de estimar el verdadero gasto sanitario público per ▷

⁷ Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (www.icea.es)

⁸ $10.377.338 - 1.971.362 = 8.405.976$.

⁹ $4.185,99 + 647,36 + 262,95 = 5.096,30$ millones de euros.

¹⁰ $5.096,30$ millones de ? / $8.405.976 = 606,27$ euros.

¹¹ Se supone que el SNS presta dichos servicios con la misma eficiencia que el sector privado.

cápita teniendo en consideración el elevado número de usuarios del SNS que, teniendo derecho a utilizar dichos servicios, de hecho, no los utilizan o lo hacen muy poco.

Asimismo, también existe otro tipo de usuarios que también descargan o alivian al SNS: aquellos usuarios que no tienen un seguro médico privado pero que, sin embargo, pagan a los proveedores privados por cada acto médico (operaciones, visitas a profesionales, etcétera). O sea, se trata de unas personas que tienen derecho a la asistencia sanitaria pública que, por las razones que sean, recurren a la asistencia sanitaria privada (por ejemplo, porque no aceptan los días que se debe esperar para ser intervenidos quirúrgicamente, o bien no están satisfechos con los servicios recibidos por el SNS).

Según el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)¹² el gasto sanitario total (público más privado) en los años 2009, 2010 y 2011 ascendió a 100.872, 100.770 y 98.860 millones de euros, respectivamente. El 73-75 por 100 de dicho gasto¹³ lo financió el sector público (75.378, 74.773 y 72.217 millones de € en 2009, 2010 y 2011, respectivamente) y el 25-27 por 100¹⁴ lo financió el sector privado (25.495, 25.998 y 26.643 millones de € en 2009, 2010 y 2011, respectivamente).

El citado gasto privado sanitario fue financiado a través de: seguros privados suscritos con las empresas aseguradoras (el 21,30 por 100¹⁵), pagos directos de los hogares (el 76,06 por 100¹⁶) y el resto (2,64 por 100) a través de instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y sociedades.

Asimismo, la mayoría del gasto sanitario privado se financia a través de pagos directos de los hogares

que realizan las personas cuando visitan a un médico privado, se operan en un hospital privado, etcétera. Si analizamos con mayor detalle (año 2011) dicho concepto (pagos directos de los hogares) se desglosa así: a) 539 millones de euros (2,64 por 100) de servicios de asistencia curativa y de rehabilitación hospitalaria, b) 8.813 millones de euros (43,17 por 100) a asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria¹⁷, c) 3.512 millones de euros (17,20 por 100) a servicios de atención de larga duración¹⁸, d) 93 millones de euros (0,46 por 100) a servicios auxiliares de atención a la salud y d) 7.460 millones de euros (36,54 por 100) a productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios¹⁹.

Si el SNS funcionara óptimamente o mejor que en la actualidad (por ejemplo, que las listas de espera fueran casi inexistentes, que hubiera libertad de elección de médicos y centros hospitalarios, etcétera), lógicamente, la mayoría de los 8,5 millones de personas (que antes comentábamos) no contratarían seguros médicos privados ni, asimismo, muchas personas recurrirían a la medicina privada (pagos directos de los hogares) si no tuvieran que esperar tanto tiempo para ser atendidos.

En consecuencia, si la sanidad es un bien preferente de carácter universal y gratuito (tal y como está configurado), el verdadero o auténtico coste del SNS es la suma de la financiación pública (coste devengado por el SNS) y una parte importante de la financiación privada, ya que la mayoría de los 8,5 millones de personas que suscriben los seguros médicos privados, así como los que pagan los servicios médicos privados, son usuarios del SNS que, por diversos motivos, no utilizan parcialmente los servicios que presta el SNS. O sea, descongestionan el SNS y ello es un ahorro para el ▷

¹² Metodología que aplica la OCDE-EUROSTAT-OMS para calcular el gasto sanitario total. Los datos que a continuación se analizan están disponibles en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

¹³ 74,7, 74,2 y 73 por 100 en 2009, 2010 y 2011, respectivamente.

¹⁴ 25,3, 25,8 y 27 por 100 en 2009, 2010 y 2011, respectivamente.

¹⁵ 5.752, 5.404 y 5.490 millones de € en 2009, 2010 y 2011, respectivamente. El promedio porcentual de estos años asciende al 21,30 por 100 $((5.752+5.404+5.490) / (25.495+25.998+26.643)) * 100$.

¹⁶ 19.081, 19.936 y 20.417 millones de € en 2009, 2010 y 2011, respectivamente. El promedio porcentual de estos años asciende al 76,06 por 100 $((19.081+19.936+20.417) / (25.495+25.998+26.643)) * 100$.

¹⁷ Se desglosan en: asistencia odontológica ambulatoria (5.085 millones de €); servicios de asistencia especializada (2.691 millones de €) y otros servicios de asistencia ambulatoria (1.037 millones de €).

¹⁸ Se desglosan en: atención de larga duración hospitalaria (2.450 millones de €); atención de larga duración en hospitalización de día (368 millones de €), y atención de larga duración domiciliaria (694 millones de €).

¹⁹ Se desglosan en: productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos (5.007 millones de €) y dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos (2.453 millones de €).

CUADRO 5
GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL POR SECTORES
(Miles de euros corrientes)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Administración central.....	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787	830.945
Sistema de seguridad social.....	1.330.378	1.354.015	1.460.879	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808	1.611.936
Mutualidades de funcionarios.....	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131	2.084.861
Comunidades autónomas.....	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112
Ciudades con estatuto de autonomía.....	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.445	17.027
Corporaciones locales.....	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.008.328	975.531
Gasto sanitario público.....	38.563.045	42.956.889	46.348.898	50.586.839	55.683.290	60.226.561	66.956.206	70.505.649	69.136.882	67.689.412

(*) Cifras provisionales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

mismo, ya que si nadie contratara seguros médicos privados o nadie recurriera a la medicina privada, las listas de espera serían mayores (disminuiría la eficacia) o bien se precisarían de más recursos materiales y humanos (aumento del coste total del SNS).

En definitiva, si bien es cierto que el grado de satisfacción de los usuarios del SNS es buena o aceptable (6,59 y 6,57 en 2011 y 2012, respectivamente), sin embargo, no funciona ni con la deseable eficacia (muchos usuarios recurren a la sanidad privada), ni con la necesaria eficiencia (como analizaremos posteriormente). La información que nos proporciona el SCS nos permitirá conocer, aproximadamente, el verdadero gasto o coste sanitario público per cápita.

4. El gasto sanitario público y privado

Según el MS e INE, el gasto sanitario público total²⁰ calculado según el principio de devengo y distribuido por sectores, fue durante los años 2002 a 2011 el que se detalla en el Cuadro 5.

Según la EGSP (Estadística del Gasto Sanitario Público), el sector Administraciones Públicas (AAPP) se desglosa en subsectores que disponen de plena competencia sobre la gestión de los recursos sanitarios en un territorio o para algún colecti-

vo de población: comunidades autónomas (CCAA), mutualidades de funcionarios, entes gestores de seguridad social, ciudades con estatutos de autonomía, corporaciones locales y Administración central. Estos subsectores están compuestos por agentes de gasto que son los que realizan directamente el gasto.

Como se puede observar, el gasto público total se incrementó considerablemente a lo largo del período 2002 a 2009, ya que en 7 años casi se duplicó: aumentó en un 82,83 por 100 respecto al año 2002. El año 2002 fue el primer año en que todas las CCAA tenían las competencias en materia de Sanidad. Asimismo, el incremento de la población española fue muy importante a lo largo de dicho período: 41.837.894 personas en 2002 y 46.745.807 en 2009, lo cual representó un incremento del 11,73 por 100 con respecto al 2002. El incremento de la población es mayor (13,03 por 100)²¹ si consideramos exclusivamente la población protegida por el SNS, es decir, no se computan los mutualistas y beneficiarios de Muface, Isfas y Mugeju que optan por recibir la asistencia sanitaria a través de empresas de seguros médicos privadas. A simple vista, existe una gran desproporción entre el gasto sanitario público de 2002 y el de 2009, pero, debemos tener en consideración que las cantidades son en euros corrientes, por lo que es conveniente transformar las cantidades en euros constantes al ▷

²⁰ Dicho gasto está publicado en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el apartado Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP): <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>.

²¹ Población protegida en el 2002 por el SNS = 41.837.894 – 2.219.618 = 39.618.276.

Población protegida en el 2.009 por el SNS = 46.745.807 – 1.963.929 = 44.781.878.

$((44.781.878 - 39.618.276) / 39.618.276) * 100 = 13,03$ por 100.

ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

CUADRO 6
ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Administración central.....	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,39	1,73	1,31	1,23
Sistema de seguridad social.....	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,04	2,87	2,36	2,37	2,38
Mutualidades de funcionarios.....	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,95	2,91	3,00	3,08
Comunidades autónomas.....	89,60	89,77	90,06	90,33	90,40	90,57	91,05	91,16	91,83	91,84
Ciudades con estatuto de autonomía.....	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03
Corporaciones locales.....	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,72	1,81	1,46	1,44
Gasto sanitario público.....	100,00									

(*) Cifras provisionales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CUADRO 7
VARIACIÓN INTERANUAL DEL GASTO

	03/02	04/03	05/04	06/05	07/06	08/07	09/08	10/09*	11/10*
Administración central.....	25,62	-2,07	5,59	21,96	10,08	3,35	30,86	-25,59	-8,26
Sistema de seguridad social.....	1,78	7,89	8,75	11,20	3,74	4,69	-13,12	-1,56	-1,76
Mutualidades de funcionarios.....	9,01	6,24	4,10	4,04	4,79	6,32	4,14	1,09	0,42
Comunidades autónomas.....	11,60	8,25	9,46	10,16	8,36	11,56	5,42	-1,22	-2,08
Ciudades con estatuto de autonomía.....	0,86	7,38	11,14	7,40	6,16	17,53	11,29	-5,77	-2,39
Corporaciones locales.....	13,74	2,39	6,49	6,25	10,29	6,89	10,72	-21,07	-3,25
Gasto sanitario público.....	11,39	7,90	9,14	10,07	8,16	10,98	5,30	-1,94	-2,09

(*) Cifras provisionales.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

objeto de analizar magnitudes homogéneas²². Así, los 38.563.045 miles de euros de 2002 son equivalentes, según la evolución del IPC, a 46.350.152,84 en 2009, lo cual significa que el incremento, en euros constantes, en el período 2002-2009 fue del 52,12 por 100. Esta desproporcionalidad de las magnitudes relevantes, en principio, explica el porqué de los problemas económicos-financieros actuales del SNS. No obstante, en el año 2010 y 2011, como decíamos con anterioridad, el gasto público total disminuyó un 1,94 y 2,09 por 100 (con respecto al período anterior) como consecuencia de las restricciones presupuestarias por todos conocidas.

Si analizamos la estructura porcentual del gasto (Cuadro 6), se puede observar que las CCAA gastan, aproximadamente, casi el 92 por 100 del total

(91,16, 91,83 y 91,84 por 100, en 2009, 2010 y 2011 respectivamente). Por consiguiente, las CCAA son las responsables de la gestión de la práctica totalidad de los recursos sanitarios, por lo que, serán aquéllas las que deberán implementar las políticas pertinentes al objeto de que el SNS sea sostenible a medio y largo plazo (sea viable desde la perspectiva económico-financiera).

Por lo que respecta a las variaciones interanuales del gasto total a lo largo del período 2002-2011, se puede constatar que los incrementos han sido significativos (entre el 5,58 y el 11,39 por 100), aunque en el 2010 y 2011 se redujo un 2 por 100 con respecto al período precedente (Cuadro 7).

Aunque una parte del elevado incremento del gasto sanitario público estaría justificado por los incrementos del IPC y de la población protegida, sin embargo, grosso modo, una parte considerable fue como consecuencia de la ineficiencia económica de las CCAA (producir a un mayor coste en un período respecto a otro en euros constantes). Por consiguiente, es conveniente analizar el gasto público del conjunto de las CCAA, ya que, durante el período 2002-2009, el gasto aumentó conside- ▷

²² Utilizaremos la metodología de actualización de las rentas de alquiler, es decir, la cantidad de 2002 la actualizaremos a 2009, según la metodología que utiliza el INE: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco421/iau.htm>.

Índice diciembre 2002, Índice diciembre 2009, Renta a actualizar = 38.563.045.

Renta Actualizada = 38.563.045 * (171,222 / 142,455) = 46.350.368,12 miles de euros.

CUADRO 8.
CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO
(Miles de euros corrientes)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Comunidades autónomas.....	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112
Servicios hospitalarios y especializados	18.425.433	20.516.274	22.610.358	24.977.515	27.817.653	30.169.494	34.601.635	36.726.106	36.336.085	37.037.809
Porcentaje.....	53,33	53,20	54,17	54,66	55,26	55,31	56,76	57,14	57,23	59,58
Servicios primarios de salud.....	4.996.777	5.573.443	5.912.165	6.485.673	7.013.671	7.968.873	8.875.318	9.323.298	9.226.166	8.845.982
Porcentaje.....	14,46	14,45	14,16	14,19	13,93	14,61	14,56	14,51	14,53	14,23
Servicios de salud pública.....	415.839	377.713	469.788	514.862	602.433	716.507	665.356	722.952	649.400	641.458
Porcentaje.....	1,20	0,98	1,13	1,13	1,20	1,31	1,09	1,12	1,02	1,03
Servicios colectivos de salud.....	753.213	877.489	862.174	941.739	1.063.310	1.249.194	1.284.747	1.455.321	1.368.213	1.435.915
Porcentaje.....	2,18	2,28	2,07	2,06	2,11	2,29	2,11	2,26	2,16	2,31
Farmacia.....	8.110.817	9.189.258	9.699.855	10.284.704	10.812.504	11.371.089	12.144.213	12.856.312	12.845.978	11.738.639
Porcentaje.....	23,47	23,83	23,24	22,51	21,48	20,85	19,92	20,00	20,23	18,88
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos.....	494.693	566.377	629.166	702.451	868.937	965.428	1.106.779	1.186.485	1.243.338	1.224.325
Porcentaje.....	1,43	1,47	1,51	1,54	1,73	1,77	1,82	1,85	1,96	1,97
Gasto de capital.....	1.355.569	1.460.577	1.559.193	1.785.899	2.158.453	2.104.838	2.286.847	2.001.312	1.819.203	1.244.984
Porcentaje.....	3,92	3,79	3,74	3,91	4,29	3,86	3,75	3,11	2,87	2,00
Total porcentajes.....	100,00									

* Cifras provisionales.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

rablemente (9,27 por 100 TAM) respecto al año anterior, sin que dicho incremento esté justificado por los incrementos de la población protegida y el IPC (durante el período 2002-2009), tal y como decíamos en las páginas precedentes. No obstante, si contemplamos el período 2002-2011, el incremento fue el 6,74 por 100 TAM²³.

En relación a la clasificación funcional del gasto total de las CCAA, más de la mitad del gasto se refiere a los servicios hospitalarios y especializados. Es importante resaltar que, a pesar del elevado porcentaje en el año 2002 (53,33 por 100), no obstante, se ha incrementado a lo largo de período analizado hasta el 59,58 por 100, lo cual pone de manifiesto que la contención (e incluso, la reducción) del gasto sanitario público requiere de una mejora sustancial de la productividad de los servicios hospitalarios públicos, la cual debiera ser semejante a la de los hospitales privados.

Los servicios hospitalarios se refieren a la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario. Dichos servicios tienen como finalidad el conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial. En el gasto se incluyen la hospitalización, así como el diagnósti-

co, tratamiento, cirugía (mayor y menor), consultas y urgencias. Además, se incluyen los gastos correspondientes a las estructuras de gestión que son necesarias para el desarrollo de la actividad: equipos de dirección y gestión, así como el personal administrativo.

La farmacia representa un porcentaje elevado sobre el total del gasto, pero ha descendido paulatinamente a lo largo del tiempo: del 23,47 por 100 (2002) al 18,88 por 100 (2011). Este concepto se refiere a los gastos que significan para las CCAA las recetas médicas expedidas y otros productos que suministran directamente a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que se dispensan ambulatoriamente en los hospitales (por ejemplo, la medicación de urgencia).

5. Estimación del gasto sanitario público

La mayoría de los estudiosos o expertos de la Economía de la Salud abogaban hasta fechas recientes, implícita o explícitamente, por el aumento de la financiación del SNS, y, además, por diversos motivos, no eran (y siguen siendo) partidarios de la introducción del copago por la utilización de determinados servicios sanitarios, lo cual equivale a decir que el Estado debería aportar más dinero per ▷

²³ TAM = $((62.169.112 / 34.552.655)^{1/9} - 1) * 100 = 6,74$ por 100.

CUADRO 9
GASTO SANITARIO TOTAL (Público + Privado)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto financiado por las AAPP (1).....	44.868	48.767	53.430	59.180	64.253	71.028	75.378	74.773	72.217
Gasto financiado por el sector privado (1).....	19.007	20.378	21.935	23.507	25.169	26.222	25.495	25.998	26.643
Gasto total sanitario (1).....	63.875	69.145	75.365	82.687	89.422	97.250	100.873	100.771	98.860
Población.....	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031	47.265.321
Gasto sanitario total por persona (2).....	1.495,30	1.600,66	1.708,63	1.849,45	1.978,33	2.106,90	2.157,90	2.143,10	2.091,60
Gasto sanitario total por persona según INE y Ministerio Sanidad (SCS) (2).....	1.495,00	1.601,00	1.709,00	1.849,00	1.978,00	2.107,00	2.158,00	2.143,00	2.095,00
Porcentaje del gasto total respecto al PIB.....	8,16	8,22	8,29	8,39	8,49	8,94	9,62	9,61	9,30

(1) en millones de euros corrientes.

(2) en euros corrientes.

(n.p.) datos no publicados.

Fuente: elaboración propia con los datos obtenidos de la página web del Ministerio de Sanidad (SCS) y del INE.

cápita al SNS. El fundamento del aumento de la financiación pública es que España destina pocos recursos a la Sanidad en relación con PIB. ¿Es cierta esta aseveración o, por el contrario, es un mito?

El gasto sanitario total, desglosado por sectores y la proporción del total en relación con el PIB ha ido creciendo paulatinamente desde los años noventa hasta la fecha²⁴.

Si el 9,61 por 100 del PIB que gastó España en Sanidad durante 2010 (la media de la OCDE fue 9,50 por 100) lo comparamos con otros países de Europa, es cierto que existen países que destinan más recursos económicos a la Sanidad, como por ejemplo: Holanda (12 por 100), Francia (11,60 por 100), Alemania (11,61 por 100), Dinamarca (11,10 por 100), Austria (11 por 100) y Bélgica (10,50 por 100). Hay países que gastan igual que España como Suecia (9,60 por 100) y Reino Unido (9,60 por 100), y otros países gastan menos como, por ejemplo, Japón (9,50 por 100), Noruega (9,40 por 100), Italia (9,30 por 100), Islandia (9,30 por 100), Australia (9,10 por 100), Chile (8 por 100), Luxemburgo (7,90 por 100), Corea (7,1 por 100) y otros.

En el año 2011, como consecuencia de las restricciones presupuestarias, el porcentaje del gasto sanitario público con respecto al PIB (6,79 por 100) ha disminuido con respecto al 2010 (7,13 por 100) y

2009 (7,19 por 100), mientras que el gasto sanitario privado ha aumentado en 2011 (2,51 por 100) con respecto a 2010 (2,48 por 100) y 2009 (2,43 por 100).

Si realizamos un cálculo más detallado del gasto sanitario total, se puede constatar la evolución del gasto (público y privado), así como el incremento paulatino del gasto total en relación al PIB (Cuadro 9).

Como hemos comentado con anterioridad, muchas personas que suscriben seguros médicos privados, así como las que hacen pagos directos por cada acto médico, lo hacen, en la mayoría de los casos²⁵, porque no están satisfechos con el funcionamiento del SNS. Por tanto, a nuestro juicio, el verdadero gasto sanitario público es la suma del gasto público devengado más el coste de lo que pagan los usuarios del SNS por actos médicos privados que debería haberlos prestado el sector público. O dicho en otras palabras: el verdadero coste sanitario público es la suma resultante del coste de lo que «ha hecho» más el coste de lo que «debería haber hecho». Esta metodología es similar a la que aplica la empresa privada para calcular los costes históricos (reales) unitarios que ha ▷

²⁴ No se han publicado datos oficiales de los gastos reales de 2012 ni el la OCDE, ni el INE, ni en el Ministerio de Sanidad. Sólo se han publicado los presupuestos de 2011 y 2012 en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad.

²⁵ No conocemos ningún estudio que analice los motivos por los que las personas que están cubiertas por el SNS suscriben, a su cargo, seguros médicos privados o pagan por actos médicos privados que están cubiertos por el SNS, pero, la observación de nuestro entorno nos indica que quienes tienen libertad de elegir (por ejemplo, el modelo Muface) no suscriben ningún otro seguro médico privado, ni recurren a profesionales sanitarios (por ejemplo, un especialista) a los que deban pagar, ya que su seguro privado gratuito (Adeslas, Asisa, DKV y Sanitas) permite elegir, entre muchos profesionales sanitarios de toda España, el que crean más oportuno para sus intereses y, además, si no están satisfechos con el servicio recibido por un determinado profesional, pueden elegir a otro u otros (sin límite) y sin pagar por ello.

CUADRO 10
ESTIMACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Gasto sanitario público devengado por las CCAA (1).....	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.649.813	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112
Servicios hospitalarios de financiación privada (2)	1.983.000	2.002.000	2.230.000	2.475.000	2.869.000	2.807.000	2.399.000	2.489.000	2.701.000
Servicios ambulatorios de financiación privada (2).....	8.968.000	9.674.000	10.323.000	11.020.000	11.469.000	11.968.000	11.678.000	11.873.000	12.066.000
Servicios de atención medicalizada de financiación privada (2)	1.683.000	1.846.000	1.909.000	2.039.000	2.137.000	2.342.000	2.422.000	2.504.000	2.802.000
Total del gasto sanitario público	51.195.129	55.264.699	60.154.842	65.870.961	71.124.813	78.081.895	80.770.786	80.354.382	79.738.112
Población (3)	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031	47.265.321
Mutualistas protegidos por entidades de seguro privado....	2.219.313	2.214.577	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929	1.959.320	1.971.362
Personas protegidas por el S.N.S.	40.497.751	40.983.107	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878	45.061.711	45.293.959
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (euros)	1.264,15	1.348,48	1.434,71	1.543,87	1.645,76	1.609,42	1.803,65	1.783,2	1.760,46

(1) Datos de la EGSP (en miles de euros)

(2) Datos del SCS (en miles de euros).

(3) INE.

(*) Datos provisionales.

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad e INE.

CUADRO 11
ESTIMACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO
(Estudio sin incluir los servicios de atención de larga duración financiado por el sector público y privado)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Gasto sanitario público devengado por las CCAA (1).....	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.649.813	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112
Seguros privados suscritos por particulares (3).....	3.533.000	3.923.000	4.408.000	5.069.000	5.619.000	5.632.000	5.752.000	5.404.000	5.490.000
Servicios de asistencia curativa y rehabilitación hospitalaria (2)	639.000	634.000	691.000	658.000	676.000	755.000	386.000	508.000	539.000
Servicios ambulatorios de financiación privada (2)	3.744.000	3.914.000	4.164.000	4.220.000	4.017.000	4.468.000	3.576.000	3.871.000	3.728.000
Servicios de laboratorio clínico y diagnóstico por imagen (2) ...	129.000	148.000	147.000	145.000	156.000	145.000	94.000	86.000	92.000
Total del gasto sanitario público	46.606.129	50.361.699	55.102.842	60.428.961	65.117.813	71.964.895	74.079.786	73.357.382	72.018.112
Población total	42.717.064	43.197.684	44.108.530	44.708.964	45.200.737	46.157.822	46.745.807	47.021.031	47.265.321
Mutualistas protegidos por entidades de seguro privado....	2.219.313	2.214.577	2.180.302	2.042.715	1.983.778	1.964.997	1.963.929	1.959.320	1.971.362
Personas protegidas por el SNS.	40.497.751	40.983.107	41.928.228	42.666.249	43.216.959	44.192.825	44.781.878	45.061.711	45.293.959
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (euros)	1.150,83	1.228,84	1.314,22	1.416,32	1.506,77	1.628,43	1.654,24	1.627,93	1.590,02

(1) Datos de la EGSP (en miles e euros)

(2) Datos del SCS que se refieren a pagos directos, en miles de euros, de los hogares (no se incluyen los servicios de odontología).

(3) Datos de SCS (en miles de euros).

(*) Datos provisionales.

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Sanidad e INE.

incurrido en la producción de un bien o servicio (Álvarez, 1990).

Si consideramos (hipótesis 1)²⁶ que todos los actos médicos privados (que pagan los particulares) son servicios cubiertos por el SNS, lógicamente, si el SNS funcionara óptimamente (por

ejemplo, inexistencia de listas de espera, libertad de elección de profesionales y hospitales, etcétera), este coste privado lo debería haber sufragado el sector público (producción propia o directa).

Aunque los usuarios del modelo Muface tienen derecho a más prestaciones odontológicas (por ejemplo, una limpieza bucal anual) que los del SNS, sin embargo, la mayoría de los servicios de asistencia odontológica no están cubiertos y, por tanto, los mutualistas (y beneficiarios) deben pagar dichos servicios como los usuarios del SNS. Por tanto, se debe excluir el coste privado de dicha asistencia (hipótesis 2) al objeto de poder estimar el gasto real estimativo del SNS (valor de los servicios que ha prestado más aquellos servicios ▷

²⁶ Una hipótesis, según la RAE, es «una suposición en la que se fundamenta una argumentación o unas conclusiones». A nuestro juicio, las hipótesis 1 y 2 son verosímiles (que es verdadero o creíble), ya que se fundamentan en la observación del entorno del investigador y en datos objetivos: «el mercado del aseguramiento sanitario privado está dominado por los seguros de asistencia sanitaria. Se denomina de doble cobertura porque casi todos nuestros asegurados privados tienen una cobertura sanitaria pública en el Sistema Nacional de Salud». Se ha transcrito literalmente lo que dice la empresa aseguradora DKV en su web: (http://www.dkvseguros.com/newsletterdkv/documentos/revistas/interior311_62.htm).

cubiertos que debería haber prestado si los usuarios no hubieran recurrido al sector privado).

Otra forma sencilla del estimar el coste sanitario público real per cápita consiste en considerar que los 8,4 millones de personas que suscriben seguros sanitarios privados, en realidad, no utilizan (o casi no lo hacen) los servicios sanitarios públicos (como así es, en realidad), lo cual significa que el coste total de las CCAA se debe dividir entre los usuarios que sí lo hacen (no la totalidad de los protegidos). Así, el coste sanitario público estimativo en 2011 asciende a 1.685,35 €²⁷, muy parecido al coste resultante de las hipótesis 1 y 2.

En relación con los cálculos estimativos que hemos realizados, ¿cuál es el grado de eficiencia del sector público con respecto al sector privado?

6. La eficiencia económica del SNS con respecto al sector privado

El concepto de eficiencia se asocia con el hecho de emplear la menor cantidad posible de recursos para obtener una determinada cantidad de producto (Monchón, 1993), es decir, evitar el despilfarro. El criterio para elegir quién producirá (sector público o privado) un bien preferente será la eficiencia económica, es decir, el Estado debe elegir al productor que lo haga al menor coste (Musgrave, 1969). Dicho en otras palabras «*la distinción entre provisión y producción nos lleva a plantear el tema de si es necesario que el sector público produzca directamente los servicios de asistencia sanitaria, gestionando hospitales, ambulatorios y consultorios o, por el contrario, tal gestión puede ser realizada de una manera más eficiente por el sector privado, aunque la provisión continúe siendo pública*» (Barea y Gómez, 1994).

El aumento de la productividad de cualquier recurso productivo, lógicamente, repercute en una mayor eficiencia. Por tanto, cuando se pretende conseguir que una organización aumente su eficiencia, sin modificar la tecnología existente, la

vía principal es aumentar la productividad de todos los factores productivos que se precisan para producir los bienes y servicios.

Una metodología muy utilizada para medir la eficiencia de las empresas públicas²⁸ se conoce como costes privados de la producción pública (es un modelo frontera), la cual consiste en comparar el coste en que ha incurrido las Administraciones Públicas en producir un determinado bien o servicio con el coste de la producción que se obtendría si el bien o servicio lo realizara una empresa privada, utilizando ésta los mismos factores productivos que utilizan aquéllas. Es decir, se trata de conocer el exceso de coste en que incurre el sector público respecto al privado y este exceso se atribuye a la menor eficiencia (ineficiencia) de las Administraciones Públicas (Valle, 1989).

Desde la perspectiva de la hipótesis 1, la ineficiencia la podemos situar en torno al 80-95 por 100 (por ejemplo, 82,01 por 100 en el 2011²⁹ y 94,47 por 100 en el 2007³⁰).

Y si la calculamos desde la hipótesis 2 (Cuadro 13), la ineficiencia se sitúa en torno al 64-82 por 100 (por ejemplo, 64,39 por 100 en el 2011³¹ y 82,70 por 100 en el 2008³²).

Aunque no tuviéramos en consideración la hipótesis 1 y 2, el coste per cápita de la producción de los servicios sanitarios homogéneos del sector público es considerablemente superior al sector privado (modelo Muface), situándose la ineficiencia del primero con respecto al segundo en torno al 52,66 por 100 en el 2010 y el 58,66 por 100 en el 2009. Asimismo, si hacemos la comparación, únicamente, entre el gasto de la asistencia sanitaria³³ de las CCAA y modelo Muface, las primeras incurrieron en un exceso de coste (o ineficiencia) respecto al modelo muface de 419,56 € per cápita en el 2009, ▷

²⁸ Muy similar a la Contabilidad de Costes o Analítica, la cual consiste en fijar *a priori* unos objetivos de coste (costes standard) y *a posteriori* se analizan las desviaciones al objeto de conocer si se ha sido eficiente o ineficiente en relación con los objetivos fijados.

²⁹ $((1.760,46 - 967,25) / 967,25) * 100 = 82,01$ por 100.

³⁰ $((1.645,76 - 846,28) / 846,28) * 100 = 94,47$ por 100.

³¹ $((1.590,02 - 967,25) / 967,25) * 100 = 64,39$ por 100.

³² $((1.628,43 - 891,30) / 891,30) * 100 = 82,70$ por 100

³³ Se excluye la farmacia, prótesis y traslado de enfermos.

²⁷ $((62.169.112.000 / (45.293.959 - 8.405.976)) = 1.685,35$ €.

CUADRO 12
COMPARACIÓN ENTRE COSTE SANITARIO DEL SNS CON RESPECTO AL MODELO MUFACE
(Hipótesis 1)

	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (euros) (hipótesis 1).....	1.645,76	1.609,42	1.803,65	1.783,21	1.760,46
Gasto total por persona de titulares y beneficiarios de Muface que eligen empresas privadas (euros).....	846,28	891,30	941,75	951,14	967,25
Ineficiencia del gasto sanitario público con respecto a Muface (%).....	94,47	80,57	91,52	87,48	82,01

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE. Ministerio de Sanidad y Memorias de Muface.

CUADRO 13
COMPARACIÓN ENTRE COSTE SANITARIO DEL SNS CON RESPECTO AL MODELO MUFACE
(Hipótesis 2)

	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto sanitario público devengado por persona del SNS (euros) (hipótesis 2).....	1.506,77	1.628,43	1.654,24	1.627,93	1.590,02
Gasto total por persona de titulares y beneficiarios de Muface que eligen empresas privadas (euros).....	846,28	891,30	941,75	951,14	967,25
Ineficiencia del gasto sanitario público con respecto a Muface (%).....	78,05	82,70	75,66	71,16	64,39

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE. Ministerio de Sanidad y Memorias de Muface.

lo cual, en porcentaje representa el 60,04 por 100 de ineficiencia (López Saludas, 2013).

Respecto a los años 2012, no hay publicado ningún dato sobre los gastos devengados por el sector público, tanto en el INE, Ministerio de Sanidad y OCDE. Los únicos datos publicados se refieren al Presupuesto total de gastos, pero, como ya sabemos, las desviaciones entre los gastos devengados y los presupuestados suelen ser significativas. Así, por ejemplo, los Presupuestos de Gastos sanitarios de las CCAA fueron de 58.960,64; 59.730,15 y 57.408,47 millones de euros en los años 2009, 2010 y 2011 y, sin embargo, los gastos devengados fueron 64.271,78; 63.488,38 y 62.169,11 millones de euros en los años 2009, 2010 y 2011. Por ejemplo, en el año 2011, se gastaron 4.760,64 millones más del presupuesto inicial, o lo que es lo mismo: una desviación del 8,29 por 100 con respecto al gasto presupuestado.

La mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se deberá elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica, o sea, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien público o de mérito, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menos im-

puestos o menor endeudamiento o, alternatively, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o se prestan de forma insuficiente (Rosen, 2002).

7. Conclusiones

Según el Barómetro Sanitario, los usuarios del SNS están satisfechos de los servicios sanitarios públicos recibidos (no alcanza un notable), pero, ni mucho menos, están muy satisfechos. El verdadero grado de satisfacción de los usuarios del SNS se manifiesta cuando las personas que tienen libertad de elección (para recibir los mismos servicios sanitarios) entre la producción pública (SNS) y la privada (modelo Muface o similar) eligen la producción pública, sin embargo, sólo son una pequeña parte (15-17 por 100). La eficacia del sector público mejoraría si compitiera, en igualdad de condiciones, con el sector privado, lo cual presupone que los ciudadanos tienen libertad de elección (a coste neutro). Las elevadas cantidades de dinero que los usuarios del SNS destinan a la compra de seguros médicos privados o los pagos directos que realizan por cada acto médico, lógicamente, es la constatación de que la eficacia del SNS no es la que sería deseable en relación con los elevados recursos públicos que se destinan para la atención de la salud. ▷

Las Administraciones Públicas deben aumentar el grado de eficiencia económica de todas sus actividades y, sobre todo, un bien preferente se debería producir con el método que fuese más eficiente. De acuerdo con los datos que hemos analizado, si, por ejemplo, el modelo Muface se extendiera al colectivo de funcionarios de la Administración local, el ahorro que se generaría sería considerable para el erario público³⁴ y, por supuesto, sería mucho mayor si se extendiera a todos los empleados públicos de todas las Administraciones Públicas. Paradójicamente, lo que eligen actualmente (y siempre) la mayoría de funcionarios de las Administraciones Públicas (excepto la local) es lo más económico. El coste del modelo Muface es muy inferior al coste de la producción pública, o dicho de otra forma: la producción pública incurre en un coste superior (o exceso de coste de 419,56 € por persona), lo cual significa que la producción pública es muy ineficiente con respecto a la producción privada. Si el modelo Muface se aplicara a toda la población protegida por el SNS (45.293.959 personas), el ahorro³⁵ que supondría para el erario público, aproximadamente, sería de 19.000 millones de euros anuales por la asistencia sanitaria.

Bibliografía

- [1] ABÁSULO, I.; PINILLA, J. y NEGRÍN, M. (2008): Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por Comunidades Autónomas en España: un análisis multinivel, *Hacienda Pública Española*, nº 187, pp. 87-106.
- [2] BAREA, J. y GÓMEZ, A. (1994): El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad, Instituto de Estudios Económicos.
- [3] GONZALO y GONZÁLEZ, L. (2008): La Sanidad como bien de mérito: consecuencias económico-financieras con referencia a España, Conferencia pronunciada en el verano del 2007 en La Granda (pp. 111-125 de la publicación de Farmaindustria: *Proyección social de la asistencia médica*).
- [4] LÓPEZ SALUDAS, J.M. (2013): Producción pública, gestión privada y eficiencia económica del SNS” (Tesis Doctoral, Facultad CCEE y EE, UNED 2013).
- [5] ICEA (2012): Volumen y crecimiento de primas, ingresos derivados de la actividad, asegurados e importe de las prestaciones pagadas.
- [6] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE): Gasto sanitario 1991-2011.
- [7] MUFACE (2008, 2009, 2010 y 2011): Memorias
- [8] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2009, 2010, 2011, 2012): Barómetro Sanitario.
- [9] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2002-2011): Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP).
- [10] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2003-2011): Sistema de Cuentas de Salud (SCS).
- [11] MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012): Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (Situación a 30 de junio).
- [12] MONCHON, F. (1992): Economía básica, McGraw Hill, 2ª edición.
- [13] MUSGRAVE, R.A. (1969): Teoría de la Hacienda Pública, Aguilar, 1ª edición.
- [14] OCDE (2012): Base de datos de la OCDE sobre salud 2012.
- [15] ROSEN, H. S. (2002): Hacienda Pública, McGraw Hill, 5ª edición.
- [16] SANIDAD (2013): *Revista quincenal de gestión sanitaria*, nº 19 , 2 mayo 2013-05-03
- [17] VALLE, V. (1989): La eficacia del gasto público en España, *Papeles de Economía Española*, nº 41.

³⁴ Según IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) «con el trasvase de un millón de personas al modelo de mutualismo, se generaría un ahorro aproximado de 956 millones» (Revista Sanidad, nº 19, 2-5-2013).

³⁵ $45.293.959 * 419,56 = 19.003$ millones de euros.

